

Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común

Gemma Ginovart Galiana

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Barcelona
Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Entendemos que todo lo que va sucediendo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) desde antes del ingreso de un recién nacido tiene un valor extraordinario para su evolución. La situación personal de los padres, el proceso de gestación y parto, el ingreso, el entorno propio de una UCIN y el tipo de praxis profesional del equipo asistencial, son factores que determinarán el desarrollo global del bebé y de su familia. Planteamos el cuidado integral de un ser humano único entendido como un ser biopsicosocial. Un ser humano competente para reaccionar e interaccionar con su medio, que se comporta de acuerdo a su edad gestacional, estado del desarrollo, situación ambiental y momento social. Y que forma parte de un binomio inseparable niño-familia que son su referente afectivo, cultural y social. Desde este paradigma de atención, conocido como "Cuidado Centrado en el Desarrollo y la Familia", y desde el conocimiento que las lesiones orgánicas no son las únicas responsables de las secuelas que sufrirá el recién nacido cuando ingresa en una UCIN, nos planteamos atender sus necesidades físicas, afectivas y emocionales, así como dar una asistencia a los padres por tal de preservar el vínculo entre ellos y su hijo.

Palabras clave: *Cuidados intensivos neonatales, cuidado centrado en el desarrollo y la familia, vínculo paterno-filial.*

Autor/a de correspondencia:

Gemma Ginovart

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
C/Sant Quintí, 89
08041 Barcelona
gginovart@santpau.cat

Introducción

En las últimas décadas la Neonatología ha tenido un desarrollo espectacular, y la asistencia de recién nacidos prematuros y/o enfermos ha vivido una profunda transformación (Cuttini et al., 1999; Meyer, Snelling, y Myren-Manbeck, 1989).

En la actualidad, las Unidades Neonatales de nuestro país, prestan atención al recién nacido en todo el proceso asistencial, que tiene lugar desde el nacimiento al alta y que continúa después en la consulta de seguimiento. En este momento gran parte de las Unidades Neonatales españolas están intentando modificar sus hábitos de trabajo para adaptarse a un nuevo concepto de Neonatología centrado en la Familia y Cuidados Centrados en el Desarrollo (Perapoch et al., 2006).

Cambio de modelo de atención al recién nacido, de pensamiento y de práctica

A finales del siglo XIX, cuando terminó la guerra franco-prusiana, la población quedó devastada, y en París nace el interés por tratar a los recién nacidos enfermos y a los prematuros (Davis, Mohay, y Edwards 2003).

Uno de los primeros avances fue el descubrimiento de la incubadora. Con los cuidados en incubadoras se redujo la mortalidad de los prematuros al 50%.

En 1896 se hizo una exposición en Berlín, donde los bebés dentro de las incubadoras eran expuestos al público. Las madres no podían cuidar a sus hijos durante el tiempo que duró la exposición. Dos años más tarde, la incubadora llega a EEUU. Se hace una nueva exposición en Nebraska. La misma situación...no hay madres, sólo hay enfermeras. Y este modelo de atención, en el que se excluye a los padres de los cuidados, se instauró en muchos hospitales europeos y norteamericanos.

Pero ocurrió una cosa más...en aquel momento se recoge un hecho al que no se dio trascendencia. Algunas de las madres cuando se les devolvió el hijo al final de la exposición, habían perdido el interés por él, incluso se las tuvo que convencer para que se llevasen al bebé a casa.

Durante décadas, con la tecnificación de la asistencia, paralelamente se fue separando a los padres de sus hijos, con erróneas convicciones de proteger a los recién nacidos de las infecciones o a los padres del sufrimiento intenso que provoca la proximidad con el sufrimiento del

hijo...Al mismo tiempo se consideró a los recién nacidos seres físicamente débiles y demasiado inmaduros para poder percibir la calidez de una atención humanizada. La tecnología parecía una aproximación suficiente para obtener los mejores resultados.

Este modelo de atención al recién nacido se mantiene hasta 1970, en que el Dr. Barnett de la Universidad de Stanford, valora el sufrimiento de los padres y los niños, se cuestiona esta práctica. Él y muchos otros neonatólogos después se han encontrado con la paradoja de tener que demostrar o justificar porqué es bueno que los niños y los padres estén juntos, cuando nadie previamente había demostrado que fuese bueno que estuviesen separados (Pallás, 2007).

Por suerte, hoy sabemos que el recién nacido es capaz de percibir, de sentir, y de manifestar sus emociones...y los padres son los principales pilares en el proceso evolutivo del hijo, y el vínculo entre padres e hijo el motor fundamental en la construcción de la individualidad del bebé como persona (Barnett, Leiderman, Grobstein, y Klaus, 1970; Klaus y Kenell 1993; Goldber y DiVitto, 1995).

Influencia del ambiente desfavorable en la morbilidad

La estancia del niño prematuro en la Unidad Neonatal provoca efectos no deseados tanto en el recién nacido como en su familia (Levin, 1999; Mejia, Herzog, Despars, y Ansermet, 2002). La exposición del niño a un medio hostil como es una UCIN dificulta la organización del cerebro en desarrollo. Las sensaciones y las emociones vividas durante las etapas más precoces tienen una gran importancia en el desarrollo futuro, experiencias inadecuadas y estresantes pueden dejar huella en el proceso de desarrollo y provocar consecuencias a medio y largo plazo. En la evolución de los niños muy prematuros aparecen alteraciones del comportamiento, del aprendizaje, emocionales y dificultades sociales. Además, los padres sienten un impacto emocional que modifica el proceso de crianza. El hijo no llega cuando se le esperaba, tampoco es como se lo habían imaginado, y existen problemas médicos que hacen peligrar su vida. La distancia entre lo que se esperaba sentir y lo que se siente delante de este hijo enfermo y demasiado pequeño es enorme (Pallás y de la Cruz, 2004). La investigación ha puesto de manifiesto que los efectos no deseados que la estancia en la Unidad Neonatal provoca en los niños prematuros y sus familias pueden reducirse con la implantación de los denominados Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia.

Los recién nacidos prematuros tienen que desarrollarse en un entorno extrauterino en un periodo en el que su cerebro se encuentra en pleno proceso de organización y sinaptogénesis, esto significa que es un periodo sumamente activo y a su vez delicado en el proceso de desarrollo. Y además se ven sometidos al estrés resultante de la separación de la madre y la experiencia simultánea y repetida de dolor.

El objetivo de los Cuidados Centrados en el Desarrollo del prematuro en la UCIN es mejorar el desarrollo cerebral y el resultado final del desarrollo previniendo la sobrecarga sensorial tóxica en un sistema nervioso inmaduro pero en rápido crecimiento.

Cuidados Centrados en el Desarrollo

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo son un modelo de atención para el bebé prematuro que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorecen al recién nacido y a su familia, entendiéndolos como una unidad. Este modelo de atención considera al recién nacido un ser humano capaz de sentir, relacionarse, e intervenir en su desarrollo, y a los padres los principales pilares del crecimiento del hijo. Son intervenciones diseñadas para reducir el estrés en la UCIN, reducir el dolor asociado a pruebas diagnósticas y tratamientos invasivos, y facilitar la participación de los padres en el cuidado de su hijo.

El comportamiento del recién nacido en lo referente a la función autonómica (respiración, color y función visceral), función motriz (tono, movimiento y postura), así como a la organización del estado (rango, robustez y estados de transición/modulación) constituye la forma de comunicación de la que el recién nacido dispone de manera continuada para comunicar a su cuidador la manera en la que percibe los cuidados que se le están prestando y el ambiente en el que se encuentra. El cuidador ha de adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido con el objetivo de reducir los comportamientos de estrés y promover los comportamientos de autorregulación.

Basada en la filosofía de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia, Als et al. (2004) en los EEUU, al final de la década de los 80 diseñó el programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental and Assessment Program). Se trata de un programa de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo, basado en observaciones formalizadas del bebé antes, durante y después de los procedimientos. Permite programar los cuidados favoreciendo el desa-

rollo de manera individualizada. NIDCAP es el modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo más desarrollado en la actualidad. Su principal inconveniente es que la formación depende de centros acreditados por la Federación Internacional NIDCAP, y por el momento ninguno de estos centros se encuentra en España.

En nuestra realidad cotidiana podemos aplicar los Cuidados Centrados en el Desarrollo mediante intervenciones diseñadas para minimizar el estrés del niño ingresado. La implementación de este tipo de cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano.

Intervenciones en la práctica clínica

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre ambiente, recién nacido y familia, y los aplica al período neonatal.

Ambiente extrauterino de apoyo al desarrollo

Algunos de estos cuidados son sencillas medidas, que pueden disminuir la morbilidad modificando el entorno extrauterino de forma que esté orientado al desarrollo neurológico y sensorial del bebé. Nuestro desafío, como responsables de los cuidados neonatales, es potenciar una cultura que optimice el entorno en el que se proporciona tratamiento a los niños (Lasky y Williams, 2009).

Luz ambiental en el niño prematuro

Se recomienda que las intervenciones en la práctica clínica sean: medir y documentar la iluminación en la UCIN. Utilizar una luz natural, gradual, con una transición suave y ciclos luz-oscuridad. Utilizar cobertores para las incubadoras. Empleo de luces progresivas con intensidad regulable, utilización de luces individuales para procedimientos. Cortinas o persianas para reducir la exposición a luz directa del sol. Utilizar pantallas para separar los niños adyacentes a las fototerapias. Evitar tapar los ojos de los niños más allá de lo estrictamente necesario.

El ruido en el niño prematuro

Los bebés prematuros tienen una extremada sensibilidad al ruido. La UCIN en ocasiones presenta un ambiente ruidoso, con una actividad

frenética de sus profesionales. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas del bebé prematuro con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial y pueden afectar sus biorritmos.

Se recomienda que las intervenciones auditivas disminuyan la emisión de ruidos a todos los niveles. Disminuir el tono de voz, bajar el volumen de las alarmas, reparar equipos ruidosos (incubadoras, humidificadores, respiradores...), abrir y cerrar las incubadoras suavemente, excluir radios, teléfonos e impresoras en las unidades, cubrir las incubadoras y no apoyar objetos en ellas ni golpear su superficie. Utilizar carteles o señales de silencio para concienciar al personal y a las familias. Medir y documentar el ruido ambiental en la UCIN mediante un sonómetro.

Planes de cuidados del recién nacido con apoyo al desarrollo

El dolor y las medidas de confort

Los niños prematuros deben soportar muchos procedimientos dolorosos para resolver sus problemas médicos. El dolor no tratado en el recién nacido contribuye a su morbilidad y mortalidad (Anand, 1998). Además, un derecho básico de todos los pacientes es la ausencia de dolor.

Debemos empezar por la valoración del dolor en el recién nacido. La utilización de escalas de dolor en la UCIN permite valorar y registrar el dolor y aplicar medidas de tratamiento. Se plantea la reducción del dolor en los cuidados de rutina con la aplicación de métodos no farmacológicos como la administración oral de sacarosa como analgésico en los procedimientos, la succión nutritiva (pecho) y no nutritiva (chupete), la utilización de nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, el “cuidado canguro” con los padres, la implantación de un protocolo de “mínimas manipulaciones”, y la disminución de los estímulos ambientales (luz, ruido).

Manipulaciones mínimas del recién nacido de muy bajo peso

Las normas del protocolo de manipulación mínima deben aplicarse al menos durante la primera semana de vida, después deberán individualizarse según el estado del niño. Este protocolo consiste en establecer una hora determinadas para la manipulación del recién nacido, agrupar los procedimientos y las exploraciones no urgentes en estas horas, y coordinar las manipulaciones del bebé por parte de enfermería, neonatólogos y especialistas.

Cuidado postural en el niño prematuro

El recién nacido prematuro no ha tenido la oportunidad de desarrollar la flexión fisiológica que ocurre en el último trimestre de la gestación. Además, posee un escaso tono muscular que le incapacita para vencer la acción de la gravedad, esto le obliga a adoptar un patrón postural en extensión que le aleja de la línea media de relajación, favoreciendo la retracción de los músculos de espalda y cadera. Todo ello puede producir deformidades posturales que pueden afectar a su desarrollo psicomotor, a la relación de apego con sus padres y a su propia autoestima cuando madure. El posicionamiento correcto desempeña un papel muy importante en la eficacia de los cuidados.

Los objetivos del cuidado postural del bebé prematuro son: recogerlo en flexión, estimular la flexión activa del tronco y extremidades, de tal manera que facilitemos la actividad mano-boca. Y mantener este grado de flexión utilizando nidos, rollos, que proporcionan límites (contención), y posibilitan mayor autorregulación y capacidad para tranquilizarse, lo que a su vez ayuda en la organización de la conducta. Conseguir unas cabezas más redondas y conseguir posturas más simétricas facilitando los movimientos antigravitatorios. Y estimular la exploración visual del entorno favoreciendo la alineación corporal.

Atención a la familia

Los padres como cuidadores

La participación de los padres en el cuidado de sus hijos es uno de los ejes básicos de atención en neonatología. Los padres son el pilar fundamental del desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado de los recién nacidos mejora su pronóstico.

Conseguir la plena participación de los padres implica cambios en la estructura de las unidades, en los horarios, y sobretodo, en las actitudes de los cuidadores, que han de tomar conciencia que están atendiendo familias y no sólo recién nacidos (Moore, Coker, DuBuisson, Swett, y Edwards, 2003).

Algunas de las medidas propuestas para ofrecer una mejor atención a las familias son: ofrecer asistencia prenatal a los padres de las gestaciones de riesgo. Acompañamiento entre asistencia pre y postnatal por una persona de referencia. Favorecer la aproximación de los padres a sus

hijos, integrar a los padres en los cuidados. Detectar y tratar el estrés parental. Detectar y atender las situaciones socio familiares de riesgo. Trabajar con comprensión y respeto las diferencias culturales. Ofrecer atención a los hermanos, abuelos (Fowlie y McHaffie, 2004).

Cuidado canguro y lactancia materna

El recién nacido nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ella es el entorno más seguro para él. El contacto piel con piel, y la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación del recién nacido al medio extrauterino (Ruiz-Peláez, Charpak y Cuervo, 2004).

El contacto piel con piel mejora en el bebé: el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa sanguínea, el sistema inmunitario, el sueño, la ganancia de peso, y la maduración cerebral.

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido, la lactancia en sí constituye un acto íntimo entre madre e hijo y contribuye de forma importante a la creación del vínculo entre ambos, lo que a su vez es muy importante para el desarrollo del niño.

Alta precoz y Programa de Asistencia Domiciliaria

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo no finalizan cuando el neonato abandona el hospital. Se trata de un momento difícil para los padres. Lo ideal es un modelo de vigilancia en el cual el desarrollo del niño se sigue en el contexto de su propio entorno por profesionales que conocen la situación y antecedentes de la familia, capaces de adoptar un rol transdisciplinario.

Cuidados Centrados en el Desarrollo. Un abordaje multidisciplinar

Para poder aplicar esta nueva filosofía de cuidado, debemos abordarla como un proyecto común a todos los profesionales que de alguna manera nos encontramos alrededor de la asistencia neonatal: neonatólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, especialistas, técnicos, administrativos...

El equipo perinatal (obstetras, matronas, neonatólogos, enfermeras, psicólogos,...) ofrece una continuidad entre la atención a la familia antes del nacimiento y la atención al niño y la familia después del nacimiento.

La atención en el marco de los Cuidados Centrados en el Desarrollo implica una mayor asistencia a la problemática emocional de los niños, las familias y los profesionales, y para ello se han de incorporar profesionales del ámbito de la salud mental (psicólogos-psiquiatras) a las UCIN (Tarragó y Cortada, 2005; Cortada y Tarragó, 2006).

La vulnerabilidad se incrementa en situaciones de riesgo de exclusión social. A menudo el momento del nacimiento es uno de los pocos momentos en los que algunas familias de riesgo entran en contacto con el sistema socio sanitario de una forma abierta e intensa. La presencia de profesionales del trabajo social en la UCIN se hace imprescindible, trabajando interdisciplinariamente con el resto de profesionales.

Asimismo, es deseable trabajar conjuntamente con mediadores culturales, tanto para facilitar la comprensión que los padres tienen de la situación y de las informaciones que reciben, como para aumentar el conocimiento de los profesionales de las diferentes culturas y su forma de afrontar las situaciones.

Hasta no hace mucho la asistencia al bebé ingresado en una UCIN se realizaba desde la focalización en lo somático. Gracias a todos los estudios que se han realizado sobre el apego y el vínculo, se ha podido hacer cada vez más énfasis en cuán importante es este aspecto para el buen desarrollo global del niño y de su familia (Main y Salomon, 1990; Feldman, Weller y Leckman, 1999).

Actualmente existe suficiente evidencia clínica sobre la importancia de atender al bebé desde el desarrollo neurosensorial y emocional (Kenner y McGrath, 2004). No se trata ya sólo de tratar las enfermedades que puede presentar el recién nacido, sino también de aprovechar este período único en la vida por las características biológicas y emocionales que le rodean para favorecer la normalización de ciertos aspectos que con el ingreso hospitalario sufren una gran distorsión (Anand y Scalzo, 2000). Acompañado todo ello de una apertura cada vez mayor a la intervención de los padres en el cuidado de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Als, H., Duffy, F.H., McAnulty, G.B., Rivkin, M.J., Vajapeyam, S., Mulkern, R.V., Warfield, S.K., Huppi, P.S., Butler, S.C., Conneman, N., Fischer, C. y Eichenwald, E.C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857.

Anand, K.J.S. (1998). Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. *Biology of the Neonate*, 73(1), 1-9.

Anand, K.J.S. y Scalzo, F.M. (2000). Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biology of the Neonate*, 77(2), 69-82.

Barnett, C., Leiderman, P., Grobstein, R. y Klaus, M. (1970). Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45(2), 197-205.

Cortada, M. y Tarragó, R. (2006). Intervenció psicològica des d'una Unitat de Cures Intensives Neonatals. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 25, 108-121.

Cuttini, M., Rebagliato, M., Bortoli, P., Hansen, G., de Leeuw, R., Persson, J., Reid, M., Schroell, M., de Vonderweid, U., Kaminski, M., Lenard, H., Orzaleso, M., Saracci, R. y Harvey, D. (1999). Parental visiting, Communications, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europa. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 81(2), 84-91.

Davis, L., Mohay, H. y Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 578-586.

Feldman, R., Weller, A., Leckman, J.F., Kuint, J. y Eidelman, A.I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant maternal bonding under condition of proximity, separation and potential loss. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929-939.

Fowlie, P.W. y McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *British Medical Journal*, 329, 1336-1338.

Goldber, S. y DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. En M.H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Children and parenting* (Vol. 1, pp. 209-266). Hove, Inglaterra: Lawrence Erlbaum Associates.

Kenner, C. y McGrath, J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants*. St. Louis, MO: Mosby.

Klaus, M.H. y Kenell, J.H. (1993). Care of the parents. En M.H. Klaus y A.A. Fanaroff (Eds.). *Care of the high-risk neonate* (pp. 189-211). Philadelphia PA: Walter Burns Saunders.

Lasky, R.E. y Williams, A.L. (2009). Noise and Light Exposures for Extremely Low Birth Weight Newborns During Their Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 123(2), 540-546.

Levin, A. (1999). Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatrica*, 88(4), 353-355.

Main, M. y Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants classified as disorganized/disoriented during the Ainsworth Shange Situation. En M.T. Greenburg, D. Cicchetti, y E.M. Cummings (Eds.) *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Mejia, C., Herzog, A., Despars, J. y Ansermet, F. (2002). La scène médicale. À propos du traumatisme parental lors d'une naissance prématurée. *La Psychiatrie de l'enfant*, 45(2), 411-435.

Meyer, E.C., Snelling, L.K. y Myren-Manbeck L.K. (1989). Pediatric intensive care: the parents' experience. *ACCCN Clinical Issues*, 9(1), 64-67.

Moore, K.A., Coker, K., DuBuisson, A.B., Swett, B. y Edwards, W.H. (2003). Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*, 111(4), 450-460.

Pallás, CR. (2007). Percepciones de los padres. Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal. *Que no os paren*. <http://www.quenoos-separen.info/documentos/lospadres.pdf>.

Pallás, C.R. y de la Cruz, J. (2004). *Antes de tiempo: nacer muy pequeño*. Madrid, España: Exlibris ediciones.

Perapoch, J., Pallás, C.R., Linde, M.A., Moral, M.T., Benito, F., López, M., Caserio, S. y De la Cruz, J. (2006). Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación de las Unidades de Neonatología en España. *Anales de Pediatría*, 64(2), 132-139.

Ruiz-Pelaez, J.G., Charpak, N. y Cuervo, L.G. (2004). Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. *British Medical Journal*, 329,1179-1182.

Tarragó, R. y Cortada, M. (2005). El treball amb pares des d'una Unitat de Cures Intensives Neonatals. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 25-26, 21-33.

Resum

Entenem que tot el que va passant en una Unitat de Cures Intensives Neonatals (UCIN) des d'abans de l'ingrés d'un nou-nat té un valor extraordinari per a l'evolució d'aquest. La situació personal dels pares, el procés de gestació i part, l'ingrés, l'entorn propi d'una UCIN i el tipus de praxi professional de l'equip assistencial, són factors que determinaran el desenvolupament global del nadó i de la seva família. Plantegem la cura integral d'un ésser humà únic, entès com un ésser biopsicosocial. Un ésser humà competent per a reaccionar i interaccionar amb el seu medi, que es comporta d'acord amb la seva edat gestacional, estat del desenvolupament, situació ambiental i moment social. I que forma part d'un binomi inseparable nen-família, que és el seu referent afectiu, cultural i social. Des d'aquest paradigma d'atenció, conegut com a «Cura Centrada en el Desenvolupament i la Família», i des del coneixement que les lesions orgàniques no són les úniques responsables de les seqüeles que patirà el nou-nat quan ingressi en una UCIN, ens plantegem d'atendre les seves necessitats físiques, afectives i emocionals, com també de donar una assistència als pares per tal de preservar el vincle entre ells i el seu fill.

Paraules clau: Cures intensives neonatals, cura centrada en el desenvolupament i la família, vincle paternofilial.

Abstract

Everything that happens in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), even right before the admission of a newborn baby, has a remarkable value for his/her evolution. The parents' personal situation, the pregnancy and delivery process, hospital admission, the NICU environment, and

the kind of professional praxis of the health care team are factors that will determine the overall development of the baby and his/her family. We consider that this unique human being has to be cared for in an integrated manner, understood as a biopsychosocial being. A human being able to react and interact with the environment, who behaves in accordance with his/her gestational age, developmental condition, environmental situation, and social moment. And who is part of an inseparable link between baby and family, who are his/her emotional, cultural and social referent. From this health care paradigm, known as “Family-Focused Developmental Care,” and knowing that organic damage is not the sole responsible factor for the after-effects that newborn babies undergo when admitted to a NICU, our consideration is to meet their physical, affective, and emotional needs, and to attend parents in order to preserve the bond between them and their baby.

Keywords: Neonatal intensive care, family-focused developmental care, parent-child bond.

